

Instituto de Investigaciones Gino Germani

VIII Jornadas De Jóvenes Investigadores

4, 5 y 6 de Noviembre de 2015

Nombre y Apellido: Manuela Nogueira Expósito

Afiliación institucional: FaHCE - UNLP

Máximo título alcanzado o Formación académica: graduada en Profesorado en Sociología y Licenciatura en Sociología (en curso).

Correo electrónico: manuelanogueiraexposito@gmail.com

Eje problemático propuesto: 11. Estado, instituciones, políticas públicas

Título de La ponencia: "La construcción de la obesidad como problema público en la Argentina contemporánea: un análisis a partir de los proyectos de ley de alcance nacional"

Palabras clave: políticas públicas, obesidad, expertos, estado.

Introducción

La presente comunicación se enmarca en la realización en curso de mi tesina de grado para la obtención del título de Licenciada en Sociología por la UNLP. El objetivo de la investigación es comprender el proceso de conformación de la obesidad como un problema público en la Argentina contemporánea, tomando como eje de análisis los diferentes proyectos de ley presentados y tratados en el parlamento nacional entre los años 1995 y 2008, momento en que se formula la Ley n° 26396, de prevención y control de los trastornos alimentarios.

En este sentido, en el parlamento se presentaron diversos proyectos de ley, algunos recibieron tratamiento y hasta llegaron a ser sancionados. Otros, por el contrario, no fueron considerados y quedaron afuera de la discusión. En este sentido se analizará la ley en tanto mecanismo asociado a la definición de un problema público, estudiarla como la encarnación de una manera predominante de pensar el fenómeno de la obesidad y cómo solucionarlo. Interesa mostrar que las definiciones sobre la obesidad y las propuestas de intervención estatal son el resultado de disputas entre actores que movilizan recursos cognitivos, políticos, económicos e institucionales.

Lo que intentaré exponer es cómo se fueron dando las disputas en torno a las diferentes formas de entender y tratar el problema, prestando atención a las posiciones y tomas de posición (BOURDIEU Pierre, WACQUANT Loïc, 2014) de los distintos actores que configuran un campo discursivo alrededor de la obesidad. En este sentido, es posible establecer diferencias entre actores: a) actores iniciados/expertos y b) actores no iniciados. Al interior del campo se dan luchas entre los expertos, entre los legos y entre expertos y legos.

La perspectiva epistemológica y metodológica es interpretativa, apuntando a una recuperación cualitativa del sentido que las acciones tienen para los actores involucrados en los procesos bajo estudio. Para ello, se realiza un análisis de fuentes documentales (proyectos de ley, las versiones taquigráficas de su tratamiento, la ley sancionada y su reglamentación, artículos en la prensa gráfica) y entrevistas semiestructuradas a actores clave.

La obesidad como lugar de disputas: una caracterización de los actores

Es necesario en este punto introducir a los actores que componen el campo de lucha por la ley.

Expertos: son un conjunto de actores que intervienen sobre el tema a partir de algún tipo de saber anclado en investigaciones científicas, o alguna formación disciplinar particular. Y son reconocidos como expertos por los demás actores. Se incluyen en esta categoría: nutricionistas, médicos, médicos nutricionistas, antropólogos, pediatras, entre otros. Estos actúan de manera individual pero también están nucleados en asociaciones profesionales que dan mayor fuerza a sus proclamas. Entre ellas se encuentran la Sociedad Argentina de nutrición (SAN), la Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios (Saota), el Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (Cesni), el Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud y Acción Social, Asociación Internacional para el Estudio de la Obesidad. Pueden también trabajar en clínicas privadas, como funcionarios estatales, en ONGs o en universidades.

Los expertos no constituyen un actor homogéneo. Si bien existe lo que Bourdieu (2003) llama “doxa”, es decir, lo indiscutible o lo que todos comparten acerca de la obesidad, existen miradas enfrentadas acerca de sus causas, definiciones, tratamientos, políticas públicas para tratar el tema. Estas diferentes posturas acerca del tema cuentan con mayor o menor capacidad de imponer visiones que las otras, y con mayores espacios y recursos.

Por un lado, están los *prestadores del servicio*, que son quienes atienden a los pacientes obesos. En general de profesión nutricionista o médico nutricionista. Son los que pertenecerían al sector de la *ortodoxia* con respecto a la obesidad.

Por otro lado, aparecen aquellos profesionales –ya sean médicos o no– que están especializados de alguna manera en la nutrición, tienen miradas alternativas en cuanto a la forma de entender a la obesidad y de tratarla. Estos son a los que clasifico como *expertos heterodoxos*, analizan a la obesidad como un problema además de biológico, social. Consideran que si no se regula la industria y se cambian algunos aspectos sociales la obesidad no se va a revertir.

Afectados: es la población objeto de la ley. Son las personas que tienen determinado peso y pueden entrar en la categoría social de pacientes obesos. Estos actores no necesariamente se constituyen como actor colectivo y pueden ser utilizados por otros actores en otras circunstancias.

Actores con intereses económicos alrededor del problema:

Industria alimentaria: es la parte de la industria que se encarga de todos los procesos relacionados con la cadena alimentaria. Esta agrupada en la COPAL (Coordinadora de las Industrias de Productos Alimenticios), que es una organización empresaria que nuclea a Cámaras y empresas de la industria de Alimentos y Bebidas, y representa a casi la totalidad de los sectores que la integran. La entidad cuenta con: treinta y cuatro cámaras asociadas que representan a más de 2.000 empresas de todo el país. Por lo que cuenta con capacidad de lobby en muchos ámbitos.

Financiadores sector salud: Son las empresas prepagas y obras sociales. La lucha que dan es para que no se incorpore la obesidad en el PMO, ya que si se incorpora son ellos los que tendrían que financiar los costos. En caso que esto sucediera podrían aumentar sus cuotas o ser financiados por el Estado ponga los recursos. Se ven afectadas en caso de que se incluyan los tratamientos para tratar la obesidad.

Los prestadores del sector salud: son las personas que brindan tratamientos. Empíricamente pueden ser la misma persona a las que hemos clasificado como expertos/prestadores, pero analíticamente son otro actor. El desafío del análisis en este caso es observar cómo se entremezclan intereses y saberes. Su inclusión en el grupo de actores que contiene intereses económicos porque la sanción de la ley significa para ellos mayor cantidad de pacientes en sus consultorios. Es importante explicar que, con anterioridad a la ley, para que un nutricionista atienda a un paciente antes debía asistir a otro médico, que éste diagnostique una enfermedad, la cual sería desencadenada por la obesidad, recién en ese momento el paciente podía asistir a un nutricionista o especialista en nutrición y la obra social le cubría el tratamiento. También es importante por la cirugía bariátrica la cual podrían realizar a cualquier sujeto de la población que tuviera el problema y no solo aquellos que podían pagarla, ya que las obras sociales y empresas de medicina prepaga cubrirían esa cirugía.

Legisladores y miembros del poder ejecutivo: personas pertenecientes al sector estatal, ya sea al poder legislativo o como miembros del poder ejecutivo. Son capaces de dictar leyes asociadas a estos tratamientos, o de no impulsarlas.

La obesidad como problema y su solución: miradas alternativas

Para clarificar el análisis y ver como se fueron movilizando los diferentes actores alrededor de los distintos proyectos de ley que tienen como eje el tratamiento de la obesidad, se construyeron tres

tipos ideales de miradas acerca de la misma. Para esto es necesario definir que es un tipo ideal. Retomando a Max Weber, el tipo ideal es "un cuadro conceptual que no es la realidad histórica, al menos no la 'verdadera', y que con mucho está destinado a servir como esquema bajo el cual deba subsumirse la realidad como espécimen, sino que, en cambio, tiene el significado de concepto límite puramente ideal, respecto del cual la realidad es medida y comparada a fin de esclarecer determinados elementos significativos de su contenido empírico... El tipo ideal es... el intento de aprehender, en conceptos genéticos, individuos históricos o sus elementos significativos" (Weber, 1982). De tal manera, estos tres tipos ideales de miradas sobre la obesidad acentúan los puntos de vista, formando un cuadro conceptual homogéneo de los rasgos más significativos de un fenómeno individual. Es decir que no existen estas miradas en la realidad sino que son construcciones. Suponen modos distintos de concebir la enfermedad, de pensar la intervención o las respuestas que deben dar el estado y la sociedad. Fueron construidas en la presente investigación para mostrar cómo los proyectos van incorporando o excluyendo determinados temas en la ley. Y cómo alrededor de los proyectos que impulsan a partir de estas miradas se estructuran disputas alrededor que afectan de manera distinta a los diferentes actores que están involucrados.

Mirada medico asistencial: los actores que se encolumnan detrás de esta mirada tienden a buscar que se sancione la ley. Su objetivo principal es que la obesidad sea considerada enfermedad y que sea incluida como tal en el Programa Medico Obligatorio (PMO). Es decir que el estado se tenga que hacer cargo de que a todas las personas les sea garantizada esa atención; ya sea por una obra social, por un hospital, o por una prepaga. Esta dimensión es la que atraviesa todos los proyectos. Está destinado al tratamiento una vez que la persona ya padece la enfermedad y no está orientada a la prevención.

Mirada preventiva individual: Esta mirada supone que el estado debe hacerse cargo de generar pautas de conductas saludables. Es preventiva ya que reclama programas nacionales de prevención, agrega a la mirada medico asistencial al no tratar a los enfermos solamente sino a prevenir. Considera que el exceso de peso proviene de la falta de voluntad y control del individuo que lo padece. Éste es considerado como un ser racional el cual elige con libertad los alimentos que consume, distinguiendo entre opciones más saludables y menos saludables.

Mirada preventiva colectiva: Al igual que la postura anterior, esta mirada pone el énfasis en la prevención para que no se adquiera la enfermedad. Sin embargo, Se diferencia de ésta porque incluye dimensiones socio económicas del fenómeno. Considera que la sociedad brinda una oferta de consumo que puede estar en el origen de determinadas conductas. Ve al fenómeno como un

problema multifactorial en el cual es muy relevante la regulación de la industria alimentaria y de la regulación por parte de las instituciones públicas para que haya cambios importantes en el problema. Entonces construir un individuo racional que elija lo que come y lo que hace implica también alertarlo sobre lo que venden algunas personas. La obesidad es entendida como resultado de lo social, del aumento en la disponibilidad de los alimentos, la fabricación de mayor variedad de alimentos altamente procesados (comida rápida), el abaratamiento de las grasas los azúcares y las harinas. El desplazamiento hacia comidas con mayor contenido calórico, carbohidratos refinados y grasas saturadas (transición nutricional) actualmente con un incremento evidente en los países en desarrollo junto con un reducido gasto de energía (vida sedentaria) ha contribuido fuertemente a elevar la prevalencia de la obesidad.

Después de presentar cómo está compuesto el campo y los tipos de miradas que hay dentro del mismo, pasaré a desarrollar cuales fueron los diferentes momentos que se fueron dando desde el surgimiento hasta la reglamentación de la ley. Asimismo intentaré demostrar las disputas y las luchas que se fueron dando en cada etapa.

Aparición en escena, surgimiento

El primer proyecto de ley fue presentado en la cámara de diputados en el año 1995 por el diputado del partido justicialista Carlos Raúl Álvarez (ALVAREZ, Carlos Raul, 1997)¹. Este primer proyecto es el que marca el eje central de todos los proyectos que le siguen hasta su sanción, ya que propone la incorporación del tratamiento de la obesidad como prestación obligatoria en el sistema nacional de obras sociales, las cuáles deberían brindar a sus beneficiarios la cobertura del tratamiento de la obesidad entendida desde un abordaje integral que abarque aspectos clínicos, nutricionales, psicológicos y educacionales. La ANSSAL (Administración Nacional de Seguro de la Salud) proveería los fondos necesarios a las obras sociales para atender a los beneficiarios. También propone realizar campañas informativas que deberían ser llevadas a cabo por el ejecutivo nacional y a través de la secretaria de medios de comunicación. Entre sus fundamentos se menciona la importancia de la inclusión de la obesidad como una enfermedad a ser cubierta por las obras sociales. Explica cómo la OMS define salud y por qué la obesidad no sería un estado de salud. También de los costos que apareja la obesidad no tratada para un país. En cuanto al tratamiento

1Para mayor información léase : http://www3.hcdn.gov.ar/folio-cgi-bin/om_isapi.dll?E1=&E11=&E12=&E13=&E14=&E15=&E16=&E17=&E18=obesidad&E2=&E3=113&E5=ley&E6=&E7=&E9=&headingswithhits=on&infobase=prov.nfo&querytemplate=Consulta%20de%20Proyectos%20Parlamentarios&recordswithhits=on&softpage=Doc_Frame_Pg42&submit=ejecutar

propuesto apunta al aspecto nutricional a la actividad física y a las terapias cognitivas conductuales como también a acciones a nivel de salud pública (educación del consumidor, en la escuela y centros de trabajo e inversión en los medios de comunicación). Tanto en este proyecto como en el reproducido en el año 1997 predomina la *mirada médico asistencial*, y comienza a aparecer la *preventiva social individual*. Ninguno de estos proyectos fueron tratados en el Congreso y tampoco tuvieron repercusión en los medios de comunicación.

La repercusión en los medios de comunicación aparece en el mes de septiembre de 1999 en los diarios Clarín y La Nación. Se publican dos notas que hablan del IV Congreso Argentino de Obesidad y Trastornos Alimentarios. Allí, por primera vez, es mencionada la necesidad de una ley de obesidad en los medios de comunicación gráfica nacional. En este sentido, el diario Clarín (1999) publicaba:

“Un panel de expertos debatió sobre el avance de la obesidad, que ya es considerada una epidemia global por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y discutió sobre la necesidad de una legislación. (...) Los especialistas explicaron que hoy la prestación recién se efectúa si el paciente desarrolla otra enfermedad como consecuencia de la obesidad, es decir, cuando ya está en juego la salud del paciente y su productividad. La doctora Rosa La Banca, presidenta del Congreso, destacó que la legislación no acompaña un desarrollo saludable. Esto significa que una persona obesa no tiene derecho a recibir descuentos en medicamentos o a hacerse estudios clínicos bajo el diagnóstico de obesidad. Para el tratamiento de un paciente obeso, el médico debe argumentar algún trastorno paralelo que esté cubierto por las leyes sanitarias. Todavía es considerada una cuestión exclusivamente estética.”

Por su parte La Nación (1999) hablando del mismo congreso agregaba:

“Según los especialistas, lo que también hace falta es una ley que reconozca a la obesidad como lo que es: una enfermedad. Para resolver el vacío legal ya tiene media sanción por la Cámara de Diputados un proyecto de la diputada Carmen Banzas de Moreau que, de ser aprobado, obligará a las obras sociales y a las empresas de medicina prepaga a brindar cobertura al tratamiento de la obesidad y de otros trastornos de la alimentación, como la bulimia y la anorexia. (...) Pablo Giordano, presidente de la Asociación de Medicina Prepaga (Ademp), dijo que, desde un punto de vista médico, es deseable que todos puedan acceder al correcto tratamiento de todas las enfermedades. “Desde el punto de vista de la estructura de salud, esto va a significar un traslado del financiamiento de estas nuevas prestaciones al consumidor. Entonces, muchas personas no van a poder pagar la cuota, van a renunciar al servicio y deberán dirigirse al servicio de salud público, que presenta graves problemas”, explicó.”

Los artículos periodísticos reflejan que en este encuentro predomina la *mirada médico asistencial* encabezada por el actor “*expertos/prestadores del sector salud*” que son las agrupaciones de nutricionistas quienes reclamaban que la obesidad sea considerada una enfermedad. De esta manera los “*afectados*” podrían acudir directamente al nutricionista sin derivación previa, por lo tanto el flujo de pacientes en el consultorio aumentaría. Por otro lado, si la obesidad era incluida en el PMO los “*financiantes del sector salud*” estarían obligados a cubrir la

totalidad de la prestación. En este sentido, el actor al que yo llamo “*experto/prestador*” buscaba convertir el tema de la obesidad en una política pública a favor de sus intereses.

Lo que los medios nos muestran es cómo ya desde este primer momento se estructuró uno de los frentes de disputa alrededor de esta ley. Permite entender por qué la ley va a tener derrotero tan lento. Vemos que el primer actor que fija postura ante esto es el representante de las prepagas y si bien señala que todos tienen derecho al acceso muestra cuáles serían las complicaciones desde el punto de vista de financiación del sistema y por que las prepagas se oponen. Es aquí donde se comienza a cuestionar de donde van a salir los fondos para cubrir su tratamiento.

Avances en los proyectos con poca repercusión mediática

Entre los años 2000 y 2005 se presentaron alrededor de cuatro o cinco proyectos por año, muchos de los cuales continúan hablando de considerar a la obesidad como enfermedad, su inclusión en el PMO y el acondicionamiento de lugares públicos para el tratamiento a personas con este problema. Los artículos que se le van agregando al eje central explicado anteriormente son: que el Ministerio de Salud de la Nación elabore programas nacionales destinados a combatir la obesidad, la discriminación; campañas de difusión de las problemáticas que se derivan de la obesidad y las consecuencias de las mismas (BASUALDO, Roberto Gustavo , 2004); modificación de la Ley federal de educación 24.195 para que se enseñen en el sistema educativo los contenidos relacionados con los problemas nutricionales (PICHETTO Miguel Ángel, 2003); incluir a la obesidad en el sistema nacional de vigilancia epidemiológica (VITALE, Domingo, 2004); que el sistema hospitalario de carácter público cuente con personal capacitado e instalaciones destinadas a la atención de esta patología; establecer un adecuado sistema de control de la salud para la detección temprana de la obesidad; (FERRIN María Teresa, 2004) que todos los alimentos envasados deberían incluir en el envase la composición, el valor calórico y energético del mismo por la unidad que se tome como base (PICHETTO Miguel Ángel, 2003)².

2 Por ejemplo el proyecto de ley de Irma Roy del año 2003 se argumenta:

“Es sabido también que el grueso de la población desconoce el valor energético y calórico de los alimentos, así como las necesidades diarias por sexo y grupo etario, y que los alimentos más cargados de calorías son los más baratos. Sin embargo puede elegirse conociendo sus propiedades dentro de un grupo de ellos, aquellos que mejor respondan a los requerimientos nutricionales individuales. Nuestro pedido apunta a ello, ya que desde los ministerios a los que se dirige, son los que están en condiciones de enseñar prácticamente a los usuarios desde su infancia, qué elementos son más adecuados nutricionalmente (dentro de las posibilidades socioeconómicas de cada uno), con el propósito de desarrollar hábitos saludables en relación con la comida para prevenir uno de los problemas de la salud pública, dada la relación de la obesidad con enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes, patologías cardiovasculares, alteraciones metabólicas y otras.”

En la cita se observa cómo el énfasis está puesto en la educación del individuo para poder controlar o cambiar sus hábitos alimentarios.

Así, los distintos proyectos que se ven en estos años son el fruto de esas dos miradas en donde se complejiza la forma de entender y de tratar la obesidad. Sin embargo si bien en los artículos mencionados emerge la “*mirada preventiva social individual*” no reemplaza a la “*mirada medico asistencial*” sino que es complementaria. Esta nueva mirada aparece más claramente en donde se reclaman programas de prevención nacionales así como también educar sobre la patología. Pero en última instancia lo que determina la obesidad de los individuos, según estas posturas, son sus propias elecciones. En esta etapa si bien se puede ver un avance en los proyectos de ley, el campo de disputas alrededor del PMO (prestadores versus financiadores) sigue vivo y la incorporación de esta nueva mirada no parece haber generado un frente opositor.

Momento de explosión, visibilización mediática y presentación de mayor cantidad de proyectos de ley

En el año 2006 se produce un boom y se presentan en el parlamento veintidós proyectos de ley. En los medios de comunicación gráficos comienza a repercutir lo que sucede en el parlamento. Por otro lado, se comienza a emitir por Canal 13 el programa televisivo “Cuestión de Peso”. El cuál consistía en que los participantes tenían el objetivo del descenso de peso en forma saludable. La metodología para el descenso de peso consistía en el seguimiento médico, la actividad física y la corrección en las conductas alimenticias, a lo que se sumaba el estímulo en los tratamientos dado por un sistema de premios y castigos semanales. Los participantes competían por un premio en dinero todas las semanas, que era acumulativo hasta el fin de su participación, ya sea porque abandonaban el programa o llegaban a su instancia final, siempre que hubiesen cumplido los objetivos de descenso de peso que se les proponían.

En el mismo año el programa comienza a impulsar una campaña para que se sancione la ley de trastornos alimentarios. El 21 de noviembre de 2006 el programa convoca a un acto en el Congreso de la Nación para pedir una ley para el tratamiento de la obesidad. En este sentido, en el diario La Nación (2006) se publica una nota titulada “Reclamaron a diputados una ley para prevenir y tratar la obesidad,” la cual relata:

“Más de un millar de personas con problemas de obesidad hicieron ayer un abrazo simbólico al Congreso Nacional, donde reclamaron a los diputados la aprobación de un proyecto de ley para la prevención y el tratamiento de la enfermedad. La iniciativa, impulsada desde el programa de televisión Cuestión de peso, procura que los legisladores recategoricen la patología con el rango de "enfermedad" para que las empresas de medicina prepaga y las obras sociales la incluyan en su plan de prestaciones médicas, según informó la agencia DyN.”

En el mes de octubre del año 2007 el mismo programa volvió a convocar otra marcha para volver a reclamar sanción de la ley. La manifestación, según el diario Página 12 (2007):

“Fue realizada bajo la consigna “Hagamos temblar el Congreso, por una ley de obesidad ya” fue organizada por agrupaciones de lucha contra la obesidad que reclamaban desde hacia tiempo una ley que obligue a las obras sociales y prepagas a financiar tratamientos para combatir y prevenir el sobrepeso.”

Se hace evidente que esta movilización impulsada por un medio de comunicación tuvo un alto impacto en el congreso. Esto se ve reflejado en las declaraciones que se sucedieron por los diputados en el congreso. En el registro en las versiones taquigráficas de esas fechas los legisladores expresaban:

Mónica H. Fein:

“Para finalizar, creo que no podemos desconocer, (...) que en buena medida este tema ha sido instalado gracias a un programa de televisión. Entonces, me pregunto si está mal que discutamos un proyecto propuesto no sólo por quienes lo conducen sino también por sus participantes. En el siglo XXI no me parece que tengamos que asombrarnos de que las demandas de la sociedad se canalicen a través de los medios de comunicación.

En algún momento alguien señaló que había lobbies para que este proyecto prosperara. Me pregunto quién tiene el “lobímetro”, quién puede decidir cuándo una demanda social es un lobby y cuándo no. Realmente, no creo que estemos haciendo populismo al dar lugar a la demanda surgida de un programa de televisión. Estamos escuchando a la sociedad gracias a uno de los medios privilegiados por los cuales puede expresarse. En todo caso, escuchar a los que saben y a los que sufren no es un acto de populismo sino de democracia.

No creo que en esta cuestión haya habido presión mediática sino que hubo participación popular a través de un programa de televisión.” (Diario de Sesiones, Cámara de Diputados De la Nación, 2008)

Vázquez de Tabernise, Silvia B.:

“(…), así como muchas veces señalamos con el dedo a los medios de comunicación que no están a la altura de las circunstancias, no favorecen el debate y no sirven para esclarecer a la opinión pública, también es bueno indicar, como aquí se ha destacado, que un medio televisivo, masivo, ha planteado el tema con mucha altura y ha ayudado a que esta cuestión finalmente se tradujera en una ley para toda la Nación. Ello también ha sido posible gracias a los legisladores que a lo largo de estos años han presentado distintos proyectos sobre el tema en debate, así como también al sufrimiento de muchos argentinos y argentinas que no encuentran respuesta en la cobertura de sus obras sociales. (...)

Las disidencias ya han sido planteadas y las diversas opiniones se encuentran claramente contempladas. Por lo tanto, pido por favor que retiremos del debate estas cuestiones para que rápidamente podamos dar sanción definitiva a la ley.” (Diario de sesiones, 4 de Junio de 2008)

Estas citas dan cuenta de cómo se comienza a dar una lucha para la sanción de la ley de trastornos alimentarios, y el impacto que tienen los medios de comunicación en los diputados a la hora de tratarla. Se observa cómo a partir de la visibilización mediática del problema se comienza a debatir en el congreso a diferencia de lo que sucedía antes.

Ahora bien, ¿Cuál es el actor o los actores que están reclamando esta ley? Por un lado encuentro un programa televisivo que usa este medio para llevar a cabo una movilización. La particularidad de este programa es que está encabezado por el doctor Alberto Cormillot, un reconocido médico nutricionista argentino que dirige instituciones como la Clínica de Nutrición y Salud, Dieta Club (grupos profesionales para adelgazar) y Fundación ALCO (grupos de autoayuda) entre otros. Este actor, desde mi punto de vista, entraría en la categoría de “*experto/prestador del sector salud*” ya que se puede ver que es un importante referente especializado en el tema y ocupa posiciones en distintas organizaciones. Asimismo, las instituciones a las cuales pertenece son prestadoras del servicio, es decir, son los nutricionistas los cuales tienen un consultorio y atienden a los pacientes obesos. Que la obesidad entre en la categoría de enfermedad significa que se destinen recursos hacia su tratamiento.

En este escenario de lucha también aparecen “los movilizados”, que son las personas con exceso de peso, sus familiares o gente particular interesada en la causa, a este grupo es al que yo llamo “afectados”. Sin embargo hay que hacer una distinción en este punto, que es que estos “afectados” no se han establecido como una organización de pacientes propiamente dicha. En muchos países o mismo en Argentina con otras enfermedades, se han establecido organizaciones de pacientes en las cuales se han diseñado mecanismos de participación en las decisiones de los sistemas de salud pública y se consagran tanto en las leyes como en el discurso político que el paciente es el protagonista de la salud. Así el sistema sanitario en su conjunto: los profesionales, los responsables políticos y todos los agentes implicados en el servicio de salud han de tratar con pacientes “activos”, informados, alejados del estereotipo de una persona indefensa en manos de un poder superior, el del médico. Las organizaciones de pacientes por lo general tienen funciones como: hacer campañas y estrategias de información sobre la enfermedad y su tratamiento, educar para la prevención de la enfermedad, promocionar proyectos de investigación relacionados a la información, difundir los derechos y los deberes de los pacientes, reclamar a la administración para lograr mejoras en la asistencia sanitaria. Las organizaciones pueden ser nacionales, regionales, provinciales o locales, especializadas en patologías concretas (las asociaciones de reumáticos, de diabéticos, de enfermos de cáncer, corazón, pulmón, trasplantados de cualquier órgano) y otras que agrupan a varias patologías (las asociaciones dedicadas a múltiples formas de enfermedades coronarias, las enfermedades raras, los enfermos crónicos) (GARCIA SEMPERE, Aníbal; JOSE ARTELLS, Juan, 2015).

Es importante hacer esta distinción porque lo que vemos en este caso dista de ser una organización de pacientes. Lo que aparece es una lucha promovida por y desde el programa televisivo “cuestión de peso” con médicos nutricionistas como los abanderados de la causa de la ley de obesidad. Por primera vez en la Argentina se produjo una movilización de personas con exceso de peso pero estas no se automovilizaron sino que fueron movilizadas por otro actor, el cual poseía intereses particulares para que se sancionara la ley. Esto no quiere decir que la ley no implique efectivamente un beneficio para el grupo de los “*afectados*”.

La repercusión mediática producida por el programa televisivo llevó a que en la escena legislativa en el mismo año se diera un boom de proyectos de ley. A partir del año 2006 comienzan a surgir proyectos en donde aparece la *mirada preventiva social colectiva*, se comienza a poner el foco en los aspectos sociales de la enfermedad. En este sentido algunos de los proyectos afectan los intereses industriales. Esto se puede ver reflejado en los siguientes artículos de algunos proyectos de ley entre los años 2006 al 2008:

- No se autorizara la publicidad dirigida a menores de alimentos y bebidas de bajo aporte nutricional o se suspenderá esta, según sea el caso.

- Prohibir la comercialización y o promoción de alimentos de bajo aporte nutricional y bebidas y jugos azucarados acompañados por juguetes, premios, artículos coleccionables u otros elementos que promuevan el consumo de los mismos por parte de menores.

- Todos los alimentos envasados que se comercialicen en la republica argentina, de cualquier origen deben incluir, en idioma nacional, en su envase la composición, el valor calórico y energético del mismo

- Los kioscos escolares no podrán expender alimentos de bajo aporte nutricional ni gaseosas o bebidas azucaradas en establecimientos escolares.

- Empresas de transporte deben poseer lugares accesibles a las personas que sufren de obesidad.

- Los locales gastronómicos deberán ofrecer al público comidas de bajo contenido calórico e informar sobre el mismo en sus menús.

- Multas a quienes no cumplan los anteriores.

Estos nuevos artículos que se le suman a los proyectos surgidos en esos años tienen una postura más social al entender la obesidad como un fenómeno multifactorial. Considera que el tipo de sociedad donde se vive determina cómo se come. La obesidad es entendida como resultado de lo social, del aumento en la disponibilidad de los alimentos, el abaratamiento de las grasas los

azúcares y las harinas, la fabricación de mayor variedad de alimentos altamente procesados, la oferta y propaganda a toda hora de este tipo de alimentos, todas estas cosas aparecen como una burla para el consumidor racional. Considera que la sociedad da una oferta de consumo que puede estar en el origen de determinadas conductas (LEGUIZAMON, María Laura, 2006) (SOLANAS, Raúl Patricio, 2006) (ACUÑA KUNZ, Juan Erwin Bolívar, 2006) (CURLETTI, Miriam Belén, 2006) (SANZ, Ernesto Ricardo, 2006) (CAPITANICH, Jorge Milton, 2006) (MARINO, 2007) (SARTORI, Diego Horacio, 2007) (BISUTTI, Delia Beatriz, 2006).

Por esto considera de vital importancia que haya una regulación de la industria alimentaria y la regulación por parte de las instituciones públicas para que haya cambios importantes en el problema.

Por lo tanto, entre el 2006 y el 2008 se producen avances significativos en cuanto a la ley, vemos por un lado cómo la repercusión mediática genera que en el congreso se le preste mayor atención a la ley y que se presenten mayor cantidad de proyectos. Por otro lado también se dan avances a la hora de entender la obesidad, ya no como un fenómeno individual sino que aparece fuertemente condicionado por la sociedad.

Sin embargo me parece importante distinguir que la lucha mediática y la lucha que se da en el congreso no necesariamente van de la mano. Ya que mientras en el congreso aparece esta nueva *mirada preventiva social-colectiva*”, lo que se reclama mediáticamente, según los medios de comunicación analizados, es la incorporación de la obesidad como una enfermedad y su inclusión en el PMO. Es decir, se da una continuidad del predominio de esa primera mirada que está en el origen de los proyectos que se venían desarrollando desde el inicial proyecto de ley presentado en 1995. Que es lo yo clasifico como la primera mirada: *“la mirada medico asistencial”*. En el próximo apartado analizaremos qué significa la incorporación de la obesidad en el PMO.

La confrontación, proceso tratamiento de la ley.

La idea de este apartado es analizar cómo van apareciendo y actuando los distintos actores presentados a la hora del tratamiento, debate y sanción de la ley. Durante el 2007 y el 2008 comienza el proceso del tratamiento y de debate de la ley. El 23 de agosto del 2007 la Comisión de Legislación Laboral del Senado aprobó un paquete de proyectos de ley para obligar a las obras sociales y a las prepagas a cubrir los gastos originados por tratamientos de desórdenes alimentarios, como la bulimia, la anorexia y la obesidad. Se unificaron 23 iniciativas en un solo texto que contaba con dictamen de la Comisión de Salud de la Cámara. Lo aprobado en comisión apuntaba a incluir

en el Programa Médico Obligatorio (PMO) todas las enfermedades relacionadas con trastornos de la alimentación. La lista incluía la bulimia, la anorexia y la obesidad, cuyos tratamientos deberían ser cubiertos de manera obligatoria tanto por las obras sociales sindicales como por las empresas de medicina prepaga, una vez que fuera sancionada la ley.

En tal sentido el diario La Nación (2007) afirmaba:

“Las 23 iniciativas fueron presentadas en los últimos dos años y se encontraban demoradas en comisión debido al acuerdo que el gobierno nacional había arribado con la Unión Industrial Argentina para congelar el trámite parlamentario de una serie de iniciativas modificatoria de la actual legislación laboral que, según la óptica de esa entidad, incrementan los costos de las empresas.”.

En esta cita se manifiesta la presión de Unión Industrial Argentina y los intereses en disputa. La nota da cuenta de lo que yo llamaría “la primera actuación” del actor al cual yo llamo “*La industria alimentaria*” el cual se ve claramente que opone resistencia para cuidar sus intereses. Por otro lado también está el “gobierno nacional” el cual según la cita acuerda con los industriales para que no se toquen sus intereses.

Entre el 4 y 5 de junio de 2008 los tres diarios analizados dan cuenta de que en la Cámara de Diputados se aprobó el proyecto de ley de obesidad. Sin embargo, las versiones taquigráficas de la ley demuestran que hubo algunas resistencias al proyecto original. Estas se dieron a través de los representantes de las provincias productoras de azúcar (Tucumán, Salta y Jujuy), que manifestaron su desacuerdo cuando descubrieron que, en el artículo 11 del proyecto, se obligaba a que aquellos alimentos con elevado contenido calórico, grasas y azúcar, y pobres en nutrientes esenciales, deberían contar con la leyenda «El consumo excesivo de azúcares es perjudicial para la salud». Los representantes en el congreso, tucumanos, salteños y jujeños, tanto oficialistas como opositores, advirtieron que el azúcar es un alimento "noble" y que no debía ser "demonizado" de esta forma, ya que se podría perjudicar seriamente a la industria. Finalmente, previo a la sanción definitiva, volvió al senado y se modificó, de esta manera se obliga a estas empresas a incluir en la publicidad del producto que su “consumo excesivo es perjudicial para la salud”. (Diario de sesiones, 4 de Junio de 2008)

De esta sesión también dieron cuenta los medios de comunicación:

“El diputado kirchnerista tucumano Alfredo Dato dijo que la palabra azúcar aparecía "demonizada". Jujeños y formoseños, y también de otras provincias no productoras, compartieron ese criterio. (...)”“Con el retoque, sólo se obliga a estas empresas a incluir en la publicidad del producto que su “consumo excesivo es perjudicial para la salud”. (Página/12, 2008)

En este sentido el diario Página 12 el día 5 de Junio del 2008 publicaba:

“Ya a mediados de noviembre del año pasado, mientras se trataba el proyecto en el Senado, la propia presidenta de la Comisión de Salud, Haydée Giri, aclaró que “el tema de la industria no lo toca ni lo va a tocar” esta nueva ley, que no tenían “nada que ver” porque “éste no es un proyecto de la Comisión de Industria y Comercio”. Ayer, en el recinto directamente bajaron el artículo 11, argumentando que dañaba a las industrias azucareras de Salta y Jujuy.” (Página 12, 2008)

El 13 de agosto de 2008 se sanciona la Ley 20.396 de Trastornos Alimentarios. Si bien, como manifesté anteriormente, hubo otras iniciativas la ley sancionada por ambas cámaras ésta establece: La incorporación al Programa Médico Obligatorio (PMO) la cobertura y tratamiento integral de los trastornos alimentarios. La ley entiende por trastornos alimentarios “la obesidad, la bulimia, la anorexia nerviosa y demás enfermedades que la reglamentación determine, relacionados con inadecuadas formas de ingesta alimenticia”. Esta cobertura “incluirá los tratamientos nutricionales, psicológicos, clínicos, quirúrgicos, farmacológicos y todas las prácticas médicas necesarias para una atención multidisciplinaria”. En lo que se refiere a la cirugía bariátrica, las mayores erogaciones serán compensadas por la Administración de Prestaciones Especiales a las obras sociales y prepagas. (Boletín Oficial, Septiembre de 2008)

La ley plantea también “la incorporación de la Educación Alimentaria Nutricional en el sistema educativo en todos sus niveles, como así también medidas que fomenten la actividad física”, y la “capacitación de educadores, trabajadores sociales y de la salud” para “detectar las situaciones de vulnerabilidad y promover acciones para abordarlas”. (Boletín Oficial, Septiembre de 2008)

En cuanto a los quioscos dentro de los establecimientos escolares deberán ofrecer alimentos saludables y variados. Deberán ofrecer productos que integren una alimentación saludable y variada”. (Boletín Oficial, Septiembre de 2008)

El Ministerio de Salud “deberá tomar medidas a fin de que los anuncios publicitarios y los diseñadores de moda no utilicen la extrema delgadez como símbolo de salud o belleza”. Y “queda prohibida la publicación o difusión de dietas o métodos para adelgazar que no lleven el aval de un médico o licenciado en nutrición”. En cuanto a los alimentos que anuncien tener propiedades nutricionales especiales, “el Ministerio de Salud podrá requerir la comprobación técnica de las aseveraciones”. (Boletín Oficial, Septiembre de 2008)

La publicidad o promoción, a través de cualquier medio de difusión, de alimentos con elevado contenido calórico y pobres en nutrientes esenciales, deberá contener la leyenda ‘El consumo excesivo es perjudicial para la salud’”, establece la ley. Y requiere que “los envases de productos

comestibles que tengan entre sus insumos grasas ‘trans’ lleven la leyenda ‘El consumo de grasa trans es perjudicial para la salud’. (Boletín Oficial, Septiembre de 2008)

También se establece “el Programa Nacional de Prevención y Control de los Trastornos Alimentarios, en el ámbito del Ministerio de Salud”, entre cuyos objetos se incluye “instrumentar campañas informativas relativas a los trastornos alimentarios”, “promover conductas nutricionales saludables” y “promover espacios de contención para quienes padecen estas enfermedades”. (Boletín Oficial, Septiembre de 2008)

Además, “los proveedores de bienes y servicios no podrán negarse, ante el requerimiento de una persona obesa, a proporcionar el bien o servicio solicitado, en las condiciones que establezca el Poder Ejecutivo. Tal negativa será considerada acto discriminatorio”. (Boletín Oficial, Septiembre de 2008)

Si bien la presidenta promulgo la ley de obesidad lo hizo con la “observación” de cuatro artículos. Estos son: el artículo número 5, que colocaba a la obesidad en la categoría de enfermedad epidemiológica y, según parámetros internacionales, el trastorno alimentario no está en esa categoría.

El artículo 11 que establecía que todos los productos con elevado contenido calórico deben contener la leyenda “El consumo excesivo es perjudicial para la salud” y se decidió cambiarlo porque “los nutrientes esenciales varían en cada persona y en cada etapa del crecimiento”. (Boletín Oficial, Septiembre de 2008)

El artículo 20 de la ley aprobada en el Congreso ordenaba que figurara en los envases de comestibles si tienen grasas trans, pero el Gobierno estimó que “el código alimentario argentino establece la normativa para la venta” de esos productos. (Boletín Oficial, Septiembre de 2008)

El último artículo observado, el número 21, facultaba al Gobierno a dictar sanciones ante el incumplimiento de la ley, pero la Constitución nacional prohíbe la delegación legislativa al Ejecutivo, por lo cual esa tarea compete exclusivamente al Poder Legislativo.

Se da por manifiesto que todos los artículos que aparecían en la ley que “afectaban” o “regulaban” a la industria fueron eliminados. De esta manera como dijo la presidenta de la Comisión de Salud, Haydée Giri, “el tema de la industria no lo toca ni lo va a tocar” (Página/12, 2008) y esto fue así. Podemos ver entonces que el actor “industria alimentaria” tiene una posición fuerte dentro del campo, ya que posee poder de lobby y de veto.

Sin embargo la disputa más importante que se llevo a cabo en este proceso fue la incorporación de la obesidad en el PMO. Éste fue el eje fundamental de la ley. Ahora bien para

comprender el porqué de la lucha por incluirlo y las resistencias para que esto no suceda, es necesario hacer un breve análisis de cómo está compuesto el sistema de salud, que es el PMO y porque es importante la incorporación de la obesidad en el mismo.

El sistema de salud argentino está organizado en tres patas: Los subsectores público, privado y de la seguridad social que deben garantizar los derechos de las personas. Esta fragmentación también se expresa en que tienen: distintas fuentes de financiamiento, diferentes coberturas, coseguros, copagos aplicados, distintos regímenes, órganos de control y fiscalización. Además, hay también una fragmentación hacia dentro de cada uno de los subsectores:

- El subsector público está dividido en los niveles: nacional, provincial, municipal. Por lo tanto queda sometido a normativas emanadas de las distintas jurisdicciones.

- El subsector de la seguridad social en donde hay no menos de cuatro universos diferentes: 1. Obras sociales nacionales. 2. Obras sociales provinciales. 3. Obras sociales de las Fuerzas Armadas y de Seguridad. 4. Obras sociales de las universidades nacionales y de los poderes Legislativo y Judicial.

- El subsector privado, que, en lo que hace a los seguros voluntarios (medicina prepaga), se halla expresado en numerosísimas entidades

Hecha ya la introducción de cómo está compuesto el sistema de salud de la argentina, pasaremos a definir al Programa Médico Obligatorio (PMO). En su propio texto, es definido como un “Programa de Salud referido al conjunto de prestaciones esenciales que deben garantizar los Agentes del Seguro a sus beneficiarios. Es de carácter obligatorio para los Agentes del Seguro de Salud, quienes no son meramente financiadores del sistema, sino, y por sobre todo, responsables de la cobertura de salud de la población beneficiaria” (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2002). Asegura un mecanismo integrado de atención en los distintos niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria brindando cobertura en las áreas de prevención, diagnóstico y tratamiento, tanto médico como odontológico.

Las empresas no pueden negarse a cubrir ninguno de los servicios incluidos en el PMO. Tampoco pueden establecer tiempos mínimos de espera o de permanencia para poder gozar de determinada cobertura ni exigir cargos adicionales que no estén establecidos en el PMO. De la misma manera, no se permite limitar el ingreso de personas por su edad o por alguna enfermedad preexistente.

Ahora bien la inclusión de la obesidad en el PMO significa la cobertura y tratamiento integral de los trastornos alimentarios lo que incluye los tratamientos nutricionales, psicológicos, clínicos,

quirúrgicos, farmacológicos y todas las prácticas médicas necesarias para una atención multidisciplinaria”. Esto significa que también cubre la cirugía bariátrica. Los costos de la misma son altos y la población que sufre obesidad es mucha por lo tanto a las empresas de medicina prepaga les implicaría la cobertura de los tratamientos quirúrgicos relacionados con la obesidad. Si bien las entidades privadas ya cubren gran parte de los trastornos alimentarios: controles de laboratorio, consultas con médicos especialistas en endocrinología y nutrición, psicólogos y dietólogas; lo que exige es que tanto el by-pass gástrico como la banda gástrica ajustable (BGA) estén comprendidos dentro la cobertura.

Por lo tanto la puesta en vigencia de la mencionada ley generó sinfín de críticas por parte de los representantes a los que yo llamo: *“financiadores del sector salud”*. Éstos manifestaron su descontento, ya que afirmaban que si esto se llevaba a cabo podría significar un quiebre del sistema y pondría en jaque a numerosas prestadoras. Se pueden observar varios fragmentos de los Diarios: La Nación, Clarín y Página/12 que dan cuenta tanto de la defensa como de la oposición en cuanto a la incorporación de las cirugías bariátrica por parte de las obras sociales. Éstos en aquel entonces manifestaban que era posible un aumento en las cuotas de las obras sociales. De esta manera el sector *“financiadores del sector salud”* manifestaban:

"Me parece un disparate que se incluya una prestación en el PMO sin un análisis previo de costo-efectividad -dijo a La Nación el doctor Federico Díaz Mathé, director de la Cámara de las instituciones médico asistencial de la República Argentina, Cimara-. Queremos saber cómo piensan financiarlo, porque las empresas de medicina prepaga no tienen los recursos para cubrir estos tratamientos" (La Nación, 2008). Según Claudio Bellocopit, presidente de Swiss Medical Group, "todos los habitantes tienen derecho a la salud y a una mejor calidad de vida, y nosotros no nos oponemos al principio enunciativo de la ley. Pero ahora también nos obligan a cubrir la cirugía bariátrica. ¿Y con qué plata vamos a hacerlo? -cuestiona Bellocopit-. Necesitamos financiación, porque legislar con la billetera ajena es muy sencillo" (La Nación, 2008). Desde la compañía de medicina prepaga OSDE opinaban según el mismo diario "Siempre sucede lo mismo: agregan nuevas prestaciones y no nos dicen de dónde saldrán los fondos." (La Nación, 2008)

Por otro lado los defensores de la incorporación aseguraban que:

"Para que un paciente sea candidato a la cirugía tiene que ser gravemente obeso, es decir tener un índice de masa corporal superior a 40, y haber intentado tratamientos no quirúrgicos serios al menos durante cinco años", explicó Fernández. "Respecto a la cirugía, es el último paso luego de que cada paciente con sobrepeso haya cumplido por lo menos dos años de tratamiento médico, psicológico y nutricional sin interrupciones", puntualizó el titular de la ADEMP." (La Nación, 2008)

En cuanto a la opinión por parte del sector estatal:

“ El Ministerio de Salud porteño de aquel momento aseguraron que la ciudad estaba en condiciones de cumplir con los requerimientos de la ley. "Llevará tiempo instrumentarla, pero

habrá que esperar la reglamentación para encarar la política de salud correspondiente." (La Nación, 2008)

Por su parte la Ministra de Salud de aquel entonces Graciela Ocaña manifestaba en el diario Página/12 (2008):

"Seguramente tiene un impacto en los costos de las obras sociales y las prepagas", pero dijo que van a "discutir" el tema con prestadores antes de implementar la ley. (...) "La cobertura de nuevas patologías tiene un impacto en los costos de las obras sociales y las prepagas -dijo Ocaña-, pero lo que hay que discutir es cómo se formulan esos costos".

Conclusión

Para concluir se puede decir que el proceso desde la aparición del primer proyecto de Ley de Trastornos alimentarios hasta su reglamentación, fue un proceso complejo y largo donde intervinieron diferentes actores con distinto peso. Se advierte que desde el 95 hasta el 2008 hubo un reconocimiento de la obesidad como enfermedad, que es un tema a tratar en materia pública, y que este reconocimiento redundó en una ley que hoy en día reconoce el derecho a la salud de un nuevo contingente de enfermos.

En este proceso hubo quienes triunfaron y vieron sus intereses representados, quienes a pesar de su lucha fueron perjudicados y quienes se podrían decir que no fueron ni exitosos ni tampoco damnificados.

En el primer grupo se puede ver que por un lado las miradas que terminaron siendo reflejadas por la ley fueron por un lado la *Medico Asistencial* ya que la obesidad pasó a ser considerada una enfermedad y se incluyó en el PMO. Esta afectó intereses muy importantes ya que esta en el centro la tradicional disputa entre prestadores y financiadores. La batalla fue ganada por los *prestadores del sector salud*, ya que al incluirse la obesidad en el PMO, cualquier persona puede asistir a sus consultorios sin necesidad de diagnóstico previo y el tratamiento es cubierto por las obras sociales. Estos a su vez lograron movilizar al colectivo de los "*afectados*" ante la opinión pública con el amparo de los medios de comunicación. Y pudieron demostrar su peso en el campo.

Los "financiadores" Con la sanción de la ley efectivamente fueron los más perjudicados ya que serían quienes tendrían que cubrir con sus recursos los nuevos tratamientos. Sin embargo se puede inferir que esta pérdida ha sido relativa, ya que tienen la posibilidad de ser costeados por el estado o pueden readecuar las cuotas a sus clientes.

Y por último están "*los afectados*" quienes fueron beneficiados de modo parcial por esta ley, ya que si bien cubre los costos de los tratamientos, se perdió el aspecto de regulación social del problema.

La otra mirada que fue incluida en la ley fue la *Preventiva social individual*. Ésta tuvo éxito ya que quedó entera. Alrededor de la misma no se configuran disputas. Sin embargo no se fijaron plazos, ni cómo se llevarían a cabo estas campañas de prevención. De esta manera queda a disposición del estado regular estas políticas.

En cambio la *Mirada Preventiva Social Colectiva* la cual afectaba intereses de la industria alimentaria, no pudo imponerse. Ésta quedó por fuera de la ley, ya que todos los artículos de la misma que regulaba de alguna forma la industria, fueron vetados, como es el artículo del azúcar, o los de las etiquetas en los alimentos. Si bien dentro de los expertos hubo un sector que luchó por que la ley tenga esta mirada no tuvieron el peso suficiente para imponerse. Estos actores si bien están a favor de la ley creen que es incompleta ya que no regula los aspectos sociales del problema.

Se puede decir entonces que si bien la ley es una ampliación de derechos para las personas que padecen obesidad. Es necesario plantear que la ley no establece con claridad cómo se implementaría. Es decir no existe una regulación pautada de las políticas, sino que deja libre albedrío al estado para su implementación. En este sentido la pregunta sería ¿Cuánto compromiso real hay por parte del estado para combatir la obesidad? Es una pregunta que nos deja las puertas abiertas y nos invita a reflexionar para investigaciones futuras.

Bibliografía

- BASUALDO, Roberto Gustavo . (2004). Campaña de difusión destinada a concientizar a la sociedad sobre la Obesidad, y sobre su problemática. *Proyecto de ley*. P.Legis.: 122.
- LEGUIZAMON, María Laura. (2006). Prevención y control de los trastornos alimenticios: Sobre cobertura por parte de las obras sociales de la bulimia y anorexia. Modificación a la ley 24.455. P.Legis.: 124 -: Cámara de Senadores.
- PICHETTO Miguel Ángel. (2003). Proyecto de ley: Sobre incorporación de programas vinculados a la problemática del sobrepeso y la obesidad en la Ley de Educación. p.Legis:121: Cámara de senadores.
- SARTORI, Diego Horacio. (2007). Obesidad y obesidad morbida. Incorporación al Programa Médico Obligatorio -PMO- de la cobertura de técnicas quirúrgicas para su tratamiento. *Proyecto de ley*. P.Legis.: 125 : Cámara de Diputados.
- ACUÑA KUNZ, Juan Erwin Bolívar. (2006). Declara de interés nacional la lucha contra la enfermedad de la obesidad. *Proyecto de Ley*. P.Legis.: 124: Cámara de Diputados.
- ALVAREZ, Carlos Raul. (1997). “Incorporación del tratamiento de la obesidad como prestación obligatoria en el sistema nacional de obras sociales.”. *Proyecto de Ley*. Cámara de Diputados.
- BAIGORRI, Guillermo Francisco. (2006). Detección temprana de la obesidad. *Proyecto de Ley*. P.Legis.: 124: Cámara .
- BISUTTI, Delia Beatriz. (2006). Incorporación de tratamientos contra la obesidad en obras sociales y empresas de medicina prepaga, como prestación médica obligatoria. *Proyecto de Ley*. P.Legis.: 124: Cámara de Diputados.

- Boletín Oficial. (3 de Septiembre de Septiembre de 2008). Boletín Oficial de la República Argentina. *TRASTORNOS ALIMENTARIOS*. Buenos Aires: Año CXVI Número 31.481.
- BOURDIEU Pierre, WACQUANT Loïc. (2014). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Bourdieu, P. (2003). *Los usos sociales de la ciencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- CAPITANICH, Jorge Milton. (2006). Sobre prevención y tratamiento integral de la obesidad y sobrepeso. *Proyecto de Ley*. P.Legis.: 124 : Cámara de Senadores.
- CAPOS, Liliana. (2006). Sobre obligatoriedad del tratamiento de la obesidad, la bulimia y la anorexia por parte de las obras sociales. *Proyecto de Ley*. P.Legis.: 124 : Cámara de Senadores.
- Clarín. (10 de Septiembre de 1999). Piden una ley para personas con trastornos alimentarios.
- Clarín. (21 de Noviembre de 2006). Acto en el Congreso para pedir una ley de tratamiento de la obesidad.
- Clarín. (05 de Mayo de 2006). Jaque a la obesidad: crean estrategias para que los chicos coman más sano.
- Clarín. (17 de Agosto de 2007). Avanza un proyecto que prohíbe la venta de golosinas en las escuelas .
- Clarín. (14 de Septiembre de 2007). La obesidad ya es considerada una enfermedad en Misiones.
- Clarín. (18 de Enero de 2008). Obras sociales y prepagas, a un paso de cubrir gastos por bulimia, anorexia y obesidad.
- Clarín. (18 de Enero de 2008). La ley contra la obesidad está vigente en Entre Ríos y se desató la polémica .
- Clarín. (18 de Enero de 2008). Obras sociales y prepagas, a un paso de cubrir gastos por bulimia, anorexia y obesidad.
- CURLETTI, Miriam Belén. (2006). Por el que se crea el Programa Nacional de Lucha contra la Obesidad en Jóvenes y Niños. *Proyecto de Ley*. P.Legis.: 124: Cámara de Senadores.
- Diario de sesiones. (4 de Junio de 2008). Versiones taquigráficas. PERIODO 126°.
- Diario de Sesiones, Cámara de Diputados De la Nación. (4 de Junio de 2008). Diario de sesiones. *13ª REUNION – Continuación de la 5ª SESION ORDINARIA*. República Argentina.
- FERRIN María Teresa. (2004). Tratamiento de la obesidad, obligatoriedad de la prestación médica para las obras sociales y empresas de medicina prepaga. *Proyecto de ley*. P.Legis.: 122 : Cámara de diputados.
- GARCIA SEMPERE, Aníbal; JOSE ARTELLS, Juan. (Julio de 29 de 2015). *Organización, funcionamiento y expectativas de las organizaciones representativas de pacientes: Encuesta a informadores clave*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200005&lng=es&nrm=iso>. accedido en 29 jul. 2015.
- HERRERA, Alberto. (2006). Prevención y tratamiento de la obesidad. *Proyecto de ley*. P.Legis.: 124 : Cámara de Diputados.
- La Nación . (10 de Septiembre de 1999). La opinión de las prepagas.
- La Nación. (21 de Noviembre de 2006). Reclamaron a diputados una ley para prevenir y tratar la obesidad. Recuperado el Abril de 2015
- La Nación. (13 de Agosto de 2008). El Senado aprobó la ley de obesidad.
- La Nación. (15 de Agosto de 2008). 15 de agosto de 2008 la Nación Posiciones enfrentadas por la ley de obesidad . Buenos Aires, Buenos Aires.
- La Nación. (Jueves 14 de Agosto de 2008). Oposición de las firmas de medicina prepaga.
- La Nación. (04 de Septiembre de 2008). Vetan puntos de la ley de obesidad.

- MARINO, J. C. (2007). Declarando de interés el V Congreso Anual Hispano Latinoamericano de Obesidad y Trastornos Alimentarios. *Proyecto de Ley*. P.Legis.: 125: Cámara de Diputados.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2002). *Programa Médico Obligatorio de emergencia*. Buenos Aires.
- Página 12. (Jueves 5 de junio de 2008). La obesidad como enfermedad. *Página 12*. Obtenido de <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-105461-2008-06-05.html>
- Página/12. (11 de Octubre de 2007). Un reclamo de peso frente al Congreso.
- Página/12. (5 de Junio de 2008). Los problemas de sobrepeso deben ser atendidos gratis por obras sociales y prepagas.
- PERIE, Hugo Rubén. (2006). • CAMARA DE DIPUTADOS - Proy.de: LEY - P.Legis.: 124 - Nro: 5015 - año: 2006 Programa Médico Obligatorio de Emergencia, PMOE, incorporación de la obesidad al mismo. *Proyecto de Ley*. P.Legis.: 124: Cámara de Diputados.
- PICHELTO, Miguel Ángel. (2003.). Por el que se declara de interés nacional la lucha contra la obesidad. *Proyecto de ley*. P.legis:121: Cámara de senadores.
- Roy, I. (4 de Marzo de 2003). IMPLEMENTAR UNA CCAMPAÑA NACIONAL HACIENDO SABER LOS PELIGROS QUE TRAE APAREJADA LA OBESIDAD. Ciudad de Buenos Aires: tramite parlamentario n°2. Diputados expediente:0197-d-2003.
- SANZ, Ernesto Ricardo. (2006). Por el que se crea al Programa de Lucha contra la Obesidad y otros Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Proyecto de Ley*. P.Legis.: 124: Cámara de Senadores.
- SOLANAS, Raúl Patricio. (2006). Obligatoriedad de la cobertura integral para personas que padezcan la enfermedad de obesidad a las obras sociales. *Proyecto de Ley*. P.Legis.: 124: Cámara de Diputados.
- VITALE, Domingo. (2004). Incorporar como prestaciones obligatorias, en todas las obras sociales, y asociaciones de obras sociales del sistema nacional y entidades de medicina prepaga, el tratamiento de la obesidad. . *Proyecto de ley*. P.legis 122: Cámara de Diputados.
- Weber, M. (1982). *Ensayos sobre metodología sociológica*. Buenos Aires: Amorrortu.